ITEM 334 – SYNDROME CORONAIRE AIGU

Définitions	**Syndrome coronaire aigu**	= Toute douleur thoracique d'allure angineuse survenant *de novo*, de manière prolongée, ou d'aggravation récente chez un patient avec ou sans antécédent coronarien	
		Sans sus-décalage du segment ST	= Occlusion thrombotique **partielle** et embolisation distale du thrombus - **Angor instable** (ou **SCA ST- tropo-**) : pas élévation de troponine - **IDM ST-** (ou **SCA ST- tropo +** ou **NSTEMI**) : élévation de troponine
		Avec sus-décalage du segment ST	= Occlusion thrombotique **totale** - **IDM ST+** (ou **STEMI**)
	Infarctus du myocarde	= **SCA** avec élévation de troponine : reflet d'une **nécrose myocardique irréversible** - A la suite d'un IDM ST- : **infarctus sans onde Q** = **sous-endocardique** - A la suite d'un IDM ST+ : **infarctus avec onde Q = transmural**	
		IDM ancien	- Troponine normale - **Onde Q** de nécrose dans un territoire systématisé à l'ECG - **Zone nécrotique à l'imagerie** : akinésie à l'ETT, cicatrice fibrotique à l'IRM
		Classification (Société européenne de Cardiologie)	- IDM **type 1** : spontané (ST- ou ST+) - IDM **type 2** : 2^{ndr} à un déséquilibre entre apports et besoins en O_2 du myocarde - IDM **type 3** : décès du patient au cours d'un SCA ST+ avant dosage de troponine - IDM **type 4** : survenant au décours d'une intervention coronaire percutanée - IDM **type 5** : survenant au décours d'un pontage coronarien
	Troponine	= Enzyme cardiaque libérée en cas de nécrose myocardique (> 1 g de tissu myocardique) - **IDM** : élévation en **3 h** proportionnelle à l'étendue de la nécrose persistante jusqu'à **15 jours** - Autres causes d'élévation de la troponine : anémie, myocardite, EP, état de choc, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, crise aiguë hypertensive, bradycardie, tachycardie, spasme coronarien, syndrome infectieux ou inflammatoire - Spécifique du tissu cardiaque : non élevé par d'autres atteintes musculaires (rhabdomyolyse…)	
	Autres marqueurs myocardiques	- **Myoglobine** (marqueur précoce) : élévation en **2-3h**, pic en **8-12h**, normalisation en **24-36h** - **Créatinine phosphokinase iso-enzyme MB** (CPK-MB) : élévation en 6h, pic en 36h (plus précoce < 12h si reperfusion), normalisation en 3-4 jours - **Transaminase SGOT** : élévation en 8h, pic en 24h, normal en 8-14 jours - **LDH** (notamment LDH1) : élévation en 24h, pic en 3-4 jours, normal en 6 jours	
Physiopathologie	- **Rupture** ou **érosion** ou **fissuration d'une plaque athéromateuse** (vulnérable car inflammatoire, jeune) à l'origine d'une réaction thrombotique locale obstruant totalement ou partiellement la lumière coronaire - IDM ST- = **fragmentation du thrombus** et migration dans la distalité de l'artère coronaire (embolies capillaires) → constitution de **foyers de micro-nécrose** à l'origine d'une élévation de troponine → nécrose généralement limitée non détectable par les techniques d'imagerie cardiaque - IDM ST+ = **occlusion totale d'une artère coronaire** → anoxie puis **nécrose myocardique du segment irrigué** (nécrose totale en 12h) à l'origine d'une élévation de troponine → **akinésie** du segment concerné (avec hyperkinésie transitoire des autres territoires) en partie réversible si reperfusion rapide (phénomène de sidération) puis réduction secondaire de la FEVG et dilatation du VG responsables d'une **insuffisance cardiaque chronique** - Autres effets de la nécrose : - Favorise la survenue de **trouble du rythme ventriculaire** - **Dyskinésie** (contraction paradoxale) avec risque d'**anévrisme VG et de thrombus VG**		

SCA SANS SUS-DECALAGE SEGMENT ST

Diagnostic

SF

Douleur thoracique

Evocatrice	- **Angor spontané prolongé** (> 20 minutes), au repos, régressif spontanément ou après trinitrine - **Angor *de novo*** : angor d'effort inaugural apparu il y a moins de 1 mois - **Angor *crescendo*** : aggravation récente d'un angor stable, pour des efforts moins important, cédant lentement à l'arrêt de l'effort ou à la prise de trinitrine - **Récidive angineuse post-IDM** : angor < 1 mois suivant la constitution d'un IDM
Atypique	= Fréquent chez les femmes, patients jeunes < 40 ans, âgés > 75 ans ou diabétique - **Douleur épigastrique de repos** - **Douleur thoracique** en coup de couteau, pseudo-pleurétique - Evocateur : non influencée par la mobilisation de la région douloureuse, par la respiration profonde ou par la position

SC

= Normal dans la majorité des cas
- Eliminer autres causes cardiaques ou non cardiaques de douleur thoracique
- Identifier autres localisations de l'athérome, PA aux deux bras
- Rechercher signes d'instabilité hémodynamique et souffle systolique (IM transitoire par ischémie d'un pilier de la valve mitrale)

PC

ECG de repos	= **ECG per-critique 18 dérivations** (V3R-V4R, V7-V8-V9) : anomalies localisatrices. Examen de 1ère intention à réaliser dans les 10 minutes - **Sous-décalage ST** horizontal ou descendant, en particulier > 1 mm dans au moins 2 dérivations contiguës, absence de sus-décalage ST - **Ondes T négatives** ou inversées **- L'ECG peut être normal**
Troponine	- **Dosage** dès le 1er contact avec résultat rapide (< 1h), renouvelé à **H+3** pour suivre la cinétique
Autres	**- RP** systématique : diagnostic différentiel, cardiopathie préexistante **- Echocardiographie transthoracique** : diagnostic différentiel, complication, fonction VG

Pronostic

Stratification du risque

Score GRACE	= Risque de décès ou d'IDM hospitalier et ultérieur
Score CRUSADE	= Risque hémorragique sous antiagrégant plaquettaire

TTT

Quand et où hospitaliser ?

Présentation clinique	Structure d'hospitalisation	Surveillance scopique du rythme
Angor instable (= SCA ST- troponine -)	USIC ou Unité de soins continus	24 heures
SCA ST- troponine + à faible risque d'arythmie	USIC ou Unité de soins continus	24 heures
SCA ST- troponine + à risque élevé d'arythmie	USIC ou Unité de soins continus	**>** 24heures

Risque élevé d'arythmie cardiaque si au moins 1 des critères suivants est présent :
- Instabilité hémodynamique
- Arythmie majeure
- FEVG < 40%
- Echec de la reperfusion
- Autres sténoses coronaires critiques ou complications liées à la revascularisation percutanée

Mise en condition

→ **Hospitalisation en USIC** par transport médicalisé
- Repos au lit strict
- **Monitorage** : PA, FC, scope avec monitoring continu du segment ST
- Mesures associées : **oxygénothérapie** uniquement si saturation < 90% ou PaO2 < 60 mmHg

TTT	**Antiagrégant plaquettaire**	**Aspirine**	= **Systématique** : dose de charge de **150 à 300 mg IVD** puis **75 à 100 mg/j PO à vie**
		Inhibiteur P2Y12	= Associé à l'aspirine : en dose de charge, puis à dose d'entretien pendant **12 mois** - **Ticagrélor** (Brilique®) si patient à haut risque : **90 mg x 2 PO** puis 90 mg x 2/j ➝ Contre-indiqué en cas d'antécédent d'AVC hémorragique ou anticoagulant - **Prasugrel** (Efient®) si patient à haut risque : **60 mg PO** puis 10 mg/j ➝ Contre-indication en cas d'âge > 75 ans, poids < 60 kg ou antécédent d'AVC ou d'anatomie coronaire non connue (en pratique CI avant la coronarographie) - **Clopidogrel** (Plavix®) uniquement si patient à bas risque ou si CI au Prasugrel/Ticagrélor (AVC hémorragique, anticoagulant) : **600 mg PO** puis 75 mg/j
	Anticoagulation curative		**- Fondaparinux (Arixtra®):** En 1ère intention : 2,5 mg en 1 seule injection **SC** par jour, contre-indiqué si DFG < 20ml/min/1 .73m² **- HNF** si patient à haut risque **:** 60-70 UI/kg (< 5000 UI IVD) puis 12-15 UI/kg/h (< 1000 UI/h) IVSE (Objectif de TCAr 1,5 à 2,5) **- HBPM** si patient à haut risque **: enoxaparine** 1 mg/kg x 2/j **SC** **-** *Bivalirudine (Angiox®) : 0,1 mg/kg bolus IVD puis 0,25 mg/kg/h IVSE* - A arrêter après la revascularisation
	Anti-ischémique		**- β-bloquant (aténolol** si FEVG normal**, bisoprolol** si FEVG altéré) : surtout si tachycardie ou HTA, en absence d'hypoTA ou de manifestations d'insuffisance cardiaque - **Dérivés nitrés par voie sublinguale** : traitement symptomatique de la crise angineuse - **Anticalcique** (**vérapamil** ou **diltiazem**) : en cas de composante spastique majeure (sus-décalage ST transitoire lors de la crise angineuse) ou si contre-indication aux β-bloquants
	Traitements associés		- **Morphine IV** si douleur importante - **IPP** (Oméprazole)
	REVASCULARISATION MYOCARDIQUE		= Généralement **coronarographie** avec **angioplastie + stent** ± **anti-GPIIb/IIIa** - Interruption de l'anticoagulation curative (HNF ou HBPM) en fin de procédure (sauf cas particulier) ➝ Traitement conservateur uniquement médical : patient coronarien non revascularisable, patient grabataire
		Risque ischémique très élevé	Risque ischémique très élevé si : - Angor réfractaire, persistant ou récidivant sous traitement médical optimal - Insuffisance cardiaque gauche (OAP) ou état de choc cardiogénique- Trouble du rythme ventriculaire menaçant (TV, FV) ou arrêt cardiaque Sus-décalage paroxystique du segment ST ➝ **Coronarographie en urgence < 2 heures**
		Risque ischémique élevé	Risque ischémique élevé si : - Score GRACE > 140 - Mouvement de troponine - Modification dynamique de ST ou de l'onde T ➝ **Coronarographie dans les 24 heures**
		Risque ischémique intermédiaire	Risque ischémique intermédiaire si : - Score GRACE entre 109 et 140 - Comorbidité : diabète, insuffisance rénale et/ou FEVG < 40% - Angor post-infarctus récent < 1 mois - Antécédent d'intervention coronaire percutané ou de pontage coronarien ➝ **Coronarographie dans les 72 heures**
		Risque ischémique faible	- Si aucun critère ci-dessus - Pas de coronarographie d'emblée - Test fonctionnel d'ischémie ou coroscanner en 1ère intention
	Après revascularisation	Poursuivre ou introduire	**- Aspirine** 75 mg/jour PO à vie **- Inhibiteurs de P2Y12** pendant 12 mois (sauf en cas de risque hémorragique) **- β-bloquants** **- IEC** à introduire dans les 24h (ou **ARA2** si mal tolérés) **- Statines** à introduire dans les 24h avec objectif LDL-C < 0,55 g/L **- IPP** pendant 1 mois si risque d'ulcère gastroduodénal ou d'hémorragie intestinale - **Diurétique de l'anse** (Lasilix®) si signes congestifs et dysfonction VG - **Eplérénone** (Inspra® ou Aldactone®) si FEVG < 40%
		Stopper	- **Morphine, nitrés, traitement anticoagulant, anti-GPIIb/IIIa**

SCA AVEC SUS-DECALAGE PERMANENT DU SEGMENT ST

Diagnostic

SF

- **Prodrome** : crises douloureuses récurrentes d'angor instable
- **Douleur typique :** douleur angineuse prolongée > 30 minutes, rétrosternale, constrictive, trinitro-résistante, souvent plus violente, habituellement au repos (ou récupération après l'effort)
- **Douleur atypique** : **brûlure rétrosternale, douleur épigastrique** (IDM inférieur), **limitée à une irradiation** (bras, épaules, poignets, mâchoires, dos) ou **absente** (complication révélatrice ou découverte d'une onde Q)
- Autres : **sueurs, éructations, nausées/vomissements** (IDM inférieur), **angoisse, fatigue, syncope, palpitation**

SC

- Examen clinique généralement normal en l'absence de complication ± **fébricule** possible
- Signes de complications : **IVG** (crépitant, désaturation, dyspnée), **choc cardiogénique** (hypotension, marbrure, tachycardie), **IVD**, **complication mécanique** (souffle d'IM, de CIV), **frottement péricardique**

ECG

Chronologie

- **Ondes T pointues, symétriques, amples** (stade hyper-précoce)
- **Sus-décalage du segment ST** (**onde de Pardee**) : convexe vers le haut, englobant l'onde T, ≥ 2 mm en précordial (V1-V6) ou ≥ 1 mm en frontal, sur 2 dérivations contiguës, avec image en miroir (sous-ST)
  ➝ Apparaît dans les 1ères heures, doit revenir à la normal en moins de 3 semaines
- **Onde Q de nécrose** (> 40 ms et ≥ 1 mm ou > 1/3 de l'onde R) **:** entre H6 et H12, persiste souvent à titre de séquelles
- **Négativation des ondes T** : généralement vers le 2e jour, persistance variable
- **Apparition d'un BBG associé à une symptomatologie typique = équivalent ST+**

Localisation

Coronaire gauche (IVA et Cx)	Coronaire droite
- **Antéro-septal** (IVA) : V1-V2-V3 - **Apical** : V4 - **Latéral bas** (Cx) : V5-V6 - **Antérieur étendu** : V1 à V6, D1, aVL - **Latéral haut** (Cx) : D1-aVL - **Postérieur** (Cx) : V7-V8-V9	- **Inférieure** : D2-D3, aVF - **Ventricule droit** : V3r-V4r - **Septal profond** : inférieur + antéro-septal

Image en miroir

- Infarctus inférieur ou basal : sous-décalage ST dans les dérivations antérieures
- Infarctus antérieur ou latéral : sous-décalage ST dans les dérivations inférieures

Bio — Enzymes cardiaques

Dosage troponine inutile au stade du diagnostic mais systématiquement élevée dans les heures suivant l'hospitalisation (confirmation a posteriori et usage pronostique)
➝ **Douleur thoracique > 30 min + modifications ECG = diagnostic posé**

PC — ETT

➝ **En urgence** si complication (OAP, choc), souffle à l'auscultation, doute diagnostique
➝ Pratiquée sinon systématiquement dans les 24 premières heures
- Importance de l'IDM : **zone hypo- ou akinétique** avec **hyperkinésie des segments sains**, **FEVG**
- Complication : épanchement péricardique, IM, rupture septale, thrombus apical, anévrisme VG

Diagnostic différentiel

Myocardite aiguë

- Douleur thoracique, modification ECG avec sus-décalage du segment ST **sans miroir** et ↗ troponine
- **Coronarographie** : absence d'occlusion ou de sténose coronaire
- **IRM cardiaque** : rehaussement tardif non systématisé, plutôt sous-épicardique

Syndrome de Tako-Tsubo

= **Cardiomyopathie de stress** : souvent déclenché par un stress aigu (peur, émotion), touche le plus souvent la femme ménopausée
- Douleur thoracique, modification ECG avec sus-décalage ST puis ondes T négatives (généralement en précordial) ± ondes Q transitoires en antéro-septal, ↗ modérée de troponine et importante du BNP
- **ETT** : **akinésie** voire **dyskinésie** généralement apicale (*apical ballooning*) et médio-ventriculaire avec hyperkinésie basale
- **Coronarographie** : coronaires saines
- Récupération spontanée *ad integrum* en quelques jours à semaines

Cas particuliers

IDM du ventricule droit

= **IDM étendu au VD** (20% des cas) : surtout des infarctus inférieurs généralement par lésion de la CD
- Tableau grave : **instabilité hémodynamique**, **signes d'IVD aiguë**, sans OAP
- Triade clinique : hypoTA + turgescence jugulaire + champs pulmonaires clairs
- **ECG** : sus-décalage ST en V3r-V4r + signes d'infarctus inférieur
- **ETT** : dilatation et hypokinésie du VD, dilatation de l'OD, insuffisance tricuspide par dilatation de l'anneau
- **Cathétérisme** (pas utilisé en pratique) : adiastolie (↗ pression auriculaire droite)
- Souvent compliqué de **FA** : réduction rapide
➝ Contre-indique l'administration de **vasodilatateurs**

<table>
<tr><td rowspan="2">Pronostic</td><td>Facteurs pronostiques</td><td colspan="3">- Âge, comorbidités, fragilité, cardiopathie préexistante
- Étendue de la nécrose et FEVG résiduelle
- Existence éventuelle de complications</td></tr>
<tr><td>Stade de Killip</td><td colspan="3">- Stade 1 = absence de crépitant à l'auscultation pulmonaire
- Stade 2 = râles crépitant ne dépassant pas la moitié des champs pulmonaires
- Stade 3 = OAP : râles crépitant dépassant la moitié des champs pulmonaires, galope auscultatoire
- Stade 4 = choc cardiogénique</td></tr>
<tr><td rowspan="4">PEC pré-hospitalière</td><td colspan="4">➞ Transport médicalisé par SAMU avec défibrillateur disponible
- Mise en conditions : VVP (à gauche, loin du poignet pour favoriser l'abord radial droit de la coro), scope, saturation ± oxygénothérapie si saturation < 90% ou PaO2 < 60 mmHg</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT médical</td><td>Antiagrégant plaquettaire</td><td colspan="2">- Aspirine systématique : dose de charge de 150 à 300 mg IVD ou 150 à 300 mg PO, puis 75 mg/j PO
- Inhibiteur P2Y12 : Ticagrélor ou Prasugrel en 1ère intention (Clopidogrel si CI ou thrombolyse)
➞ Prasugrel contre-indiqué si âge > 75 ans, poids < 60 kg, atcd d'AVC
➞ Ticagrélor contre-indiqué si atcd d'AVC hémorragique
➞ Le Clopidogrel est le seul utilisable en cas de thrombolyse</td></tr>
<tr><td>Anticoagulation curative</td><td colspan="2">= Systématique avant revascularisation : HNF, Bivalirudine (Angiox®) ou HBPM
- Si angioplastie primaire : privilégier bivalirudine ou HNF, interrompue en fin de procédure
- Si thrombolyse IV : HNF ou HBPM (bivalirudine non indiquée), poursuivi jusqu'à la coronarographie</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Morphine IV si besoin
- Anxiolytique si angoisse très importante</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Reperfusion myocardique</td><td colspan="2">Indication</td><td colspan="2">- Tout patient présentant un SCA ST+ depuis moins de 12h : douleur thoracique typique trinitro-résistante > 20 minutes avec sus-décalage ST ou apparition d'un BBG à l'ECG (sans attendre la troponinémie)
- Douleur thoracique > 12 heures : revascularisation en cas de signes d'ischémie persistant (douleur thoracique), préférentiellement par coronarographie
- IDM silencieux ou inaperçu (patient greffé cardiaque ou diabétique sévère) : différencier infarctus ancien d'un infarctus actuel par la clinique, l'élévation de la troponine et l'ETT ➞ coronarographie en urgence si doute</td></tr>
<tr><td colspan="2">Angioplastie primaire</td><td colspan="2">= En 1ère intention si délai suffisant, contre-indication à la thrombolyse, échec de la thrombolyse, IDM compliqué ou doute diagnostique
- Confirmation diagnostique et thérapeutique : thrombo-aspiration, dilatation au ballonnet et mise en place d'un stent ± anti-GPIIBIIIA en cas de lésion complexe (thrombus volumineux)
- Critères de reperfusion : restauration d'un flux épicardique normal (TIMI 3) et d'une perfusion capillaire normale (opacification complète et transitoire du myocarde : blush)
➞ Seule la lésion coronaire responsable de l'IDM est traitée à la phase aiguë (sauf en cas de choc cardiogénique)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Fibrinolyse intra-veineuse</td><td>Suites</td><td colspan="2">- Angioplastie de sauvetage en urgence si échec de la thrombolyse
- Coronarographie dans les 3h à 24h si succès : revascularisation adaptée</td></tr>
<tr><td>Contre-indication</td><td>CI absolue
- Hémorragie cérébro-méningée ou AVC ischémique < 6 mois
- Chirurgie générale < 10 jours
- Chirurgie vasculaire < 1 mois
- Malformation vasculaire
- Tumeur cérébrale
- Traumatisme crânien sévère récent
- Ulcère digestif
- Pathologie de l'hémostase
- Dissection aortique
- Ponction hépatique ou lombaire < 24h</td><td>CI relative
- Age > 75 ans
- AIT < 6 mois
- Traitement par anticoagulant oral
- Grossesse
- Poussée ulcéreuse < 6 mois
- HTA non contrôlée > 200 mmHg
- IHC sévère
- Endocardite infectieuse
- Manœuvres de RCP prolongées</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">Reperfusion myocardique</td><td>Fibrinolyse intra-veineuse</td><td>Critères de reperfusion</td><td>= Obtenus dans les 90 minutes dans 50% des cas
- Syndrome de reperfusion : régression rapide de la douleur et du sus-décalage du segment ST
➙ Possiblement absent malgré une reperfusion confirmée à l'angiographie
- Peut âtre associé à : trouble du rythme ventriculaire (RIVA), BAV (surtout en cas de désobstruction coronaire droite), augmentation paradoxale de la douleur et du sus-décalage ST, syndrome hypotension-bradycardie (IDM inférieur)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Choix de la stratégie de reperfusion</td><td>Selon délai pour accéder à salle de coronarographie :
- Délai < ou = 120 min : angioplastie
- Délai > 120min : FIV puis transfert vers centre de coro, pour angioplastie de sauvetage (si échec FIV) ou secondaire (dans les 24 heures, si FIV réussie)</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Revascularisation efficace : - Sédation de la douleur
- ECG : régression du sus-décalage ST
- Arythmie de perfusion = RIVA (aspect de TV lente, brève, bénigne)
- Pic de troponine puis diminution</td></tr>
<tr><td rowspan="6">PEC hospitalière</td><td colspan="3">➙ Hospitalisation en USIC : mise au repos au lit strict, scope, VVP
- Surveillance : clinique, ECG (monitorage continu), biologique (cycle enzymatique à H3 et H12, glycémie, créatininémie, NFS), échocardiographie
- En l'absence de complication : assis au lit dans les 12h suivant l'admission, marche à plat le 2ème jour, marche en côte les jours suivant, sortie d'hôpital entre 3 et 5ème jour, arrêt de travail pour 1 mois
- Séjour en centre de réadaptation cardiaque recommandé +++ : PEC des FDR CV, réadaptation à l'effort</td></tr>
<tr><td>β-bloquant</td><td colspan="2">= Limite l'extension de la nécrose et la survenue de troubles du rythme et action antalgique
➙ Risque de décompensation cardiaque : prescrit avec prudence, en USIC, à demi-vie courte en cas d'insuffisance cardiaque
- Précocement par voie orale (en USIC) : majorité des cas</td></tr>
<tr><td>IEC</td><td colspan="2">- Débuté dans les 24h à dose progressive</td></tr>
<tr><td>Eplérénone</td><td colspan="2">= Antialdostérone : débuté précocement en cas d'IDM étendu (FEVG < 40%) ou d'insuffisance cardiaque</td></tr>
<tr><td>Autres traitements</td><td colspan="2">- Poursuite de l'aspirine + inhibiteur P2Y12 pendant 12 mois
- Statines avec objectif LDL-C < 0,55 g/L (prévention secondaire)
- Dérivés nitrés sublinguaux à la demande</td></tr>
<tr><td colspan="3">➙ Aucune indication systématique des dérivés nitrés (seulement à visée diagnostique : délétère si nécrose étendue au VD), des anticalciques ou des antiarythmiques</td></tr>
</table>

COMPLICATIONS AIGUËS DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

→ Le principal traitement d'une complication est la **revascularisation en urgence**

Trouble du rythme et de la conduction	**Mort subite**	= Principale cause de décès à la phase aiguë : le plus souvent due à un **trouble du rythme ventriculaire** au cours des 1ère heures du SCA ST+ ou parfois par **trouble conductif** - Si ACR ressuscité : coronarographie diagnostique et thérapeutique en urgence
	Trouble du rythme ventriculaire	= Très fréquent à la phase initiale d'un IDM, indépendant de l'étendue de l'ischémie **- Extrasystole ventriculaire** - **TV soutenue ou non** - **FV**
	Trouble supra-ventriculaire	**= FA, flutter auriculaire, tachycardie atriale** - Risque : **décompensation hémodynamique** ou **accident embolique**
	Troubles de conduction	**- Bradycardie sinusale, bloc sino-auriculaire, paralysie sinusale** (IDM inférieur) : **atropine IV** **- BAV de l'IDM inférieur** (nodal, transitoire) : **BAV II Mobitz 1**, répondant à **l'atropine IV** **- BAV de l'IDM antérieur** (hissien, irréversible) : **BAV II Mobitz 2 ou BAV III → atropine** ou **isoprénaline IV,** puis **sonde d'entraînement électro-systolique** d'emblée
Complication hémodynamique	**Insuffisance cardiaque gauche**	= Conséquence de **l'étendue de la nécrose**, d'une **complication mécanique** (**IM, CIV**) ± favorisé par une **arythmie** : évaluation échocardiographique précoce - Sévérité définie par la classification de Killip
	Choc cardiogénique	= Généralement par **nécrose étendue du VG**, ou d'une **complication mécanique** : rarement inaugural (dans les 24-48h) - Tableau de choc : hypotension artérielle mal tolérée ne répondant pas au remplissage après correction d'une éventuelle bradycardie/tachycardie ou arythmie - **ETT** = principal examen complémentaire : **étiologie** - Traitement : **inotropes positifs** (Dobutamine) et si le terrain le permet système d'assistance circulatoire. Au stade de précoce, revascularisation rapide ou correction chirurgicale d'une complication mécanique → Pronostic hospitalier très sombre : mortalité > 70%
	IDM du VD	- Triade symptomatique : hypoTA + champs pulmonaires clairs + turgescence jugulaire - ECG : sus-ST en V3R et V4R - FA fréquente et résolutive - Contre indique l'administration de vasodilatateurs +++
Complication mécanique	**Insuffisance mitrale**	= Par **dilatation de l'anneau** (IM tardive), **dysfonction du pilier inférieur** (IDM inférieur) ou **rupture de pilier** (pilier postéromédian si IDM inférieur ou pilier antérolatéral si IDM antérieur) - **OAP massif et brutal** avec **souffle holosystolique** de pointe (souvent discret) - Diagnostic échographique, traitement chirurgical urgent
	Rupture septale avec CIV	= Non rare (1-2%) : complication des IDM antérieurs étendus, généralement après 24-48h - **Etat de choc** avec **souffle précordial holosystolique** en rayon de roue (parfois absent) associé à une **IVD** ou **IVG**, ou possible **souffle asymptomatique** - TTT : **revascularisation** + **fermeture chirurgicale différée** → mortalité élevée = 25 à 60%
	Rupture de la paroi libre du VG	- **Aiguë** (rare) : collapsus avec dissociation électromécanique, rapidement fatal - **Subaiguë** : **récidive douloureuse pseudo-angineuse** avec **sus-décalage ST** ou **hypotension artérielle brutale et prolongée**, puis **tamponnade → chirurgie en urgence**
Complications thrombotiques	**TVP et EP**	Peu fréquente car alitement rarement prolongé
	Thrombus intra-VG et embolies systémiques	Plus souvent après IDM antérieur, surtout en cas de survenue d'un anévrysme apical Traitement = anticoagulation curative
Complications tardives	**Péricardite tardive**	Syndrome de Dressler = à la 3e semaine, épanchement péricardique +/- pleural, arthralgies, reprise thermique, syndrome inflammatoire important
	Insuffisance ventriculaire gauche	Complique un IDM étendu. Remodelage progressif (dilatation du VG) ou constitution anévrisme
	Troubles du rythme ventriculaire	D'autant plus fréquent que la fonction VG est altérée DAI **en prévention primaire** si FEVG < 35% à distance (au moins 6 semaines) de l'IDM

PRISE EN CHARGE POST-INFARCTUS

Evaluation post-IDM	C	- **Bilan des FDR CV** - Recherche d'une persistance de douleur d'angor à l'effort ou au repos - **Signes d'insuffisance cardiaque** - Recherche d'**autres localisations athéromateuses**
	PC	- **ECG** : **anomalie de repolarisation** (persistance d'un sus-décalage ST), **sous-décalage ST, ondes Q localisatrices**, **troubles du rythme ventriculaire** (ESV, TV), **troubles conductifs** - **RP** : **cardiomégalie, syndrome interstitiel** - **ETT** : localisation et étendue de l'IDM, **FEVG résiduelle**, complications **- IRM cardiaque** si ETT non contributive - Selon l'orientation : **échodoppler TSA/AMI…**
	Bilan coronaire	- **Lésions coronariennes pluri-tronculaires** = les lésions non responsables du SCA ne sont pas traitées à la phase aiguë : recherche d'ischémie myocardique par **test d'ischémie** (épreuve d'effort, imagerie fonctionnelle) → **revascularisation** par angioplastie + stent si test positif **- Test d'ischémie à visée localisatrice à 6 mois** : recherche d'une sténose intra-stent
Traitement au long cours	Traitement médical systématique	- **Aspirine** à vie - **Inhibiteur P2Y12** (**clopidogrel, prasugrel, ticagrélor**) : systématique pendant 1 an après tout IDM → Variable selon le traitement si angor stable : 6 à 12 mois si stent, ø si pontage - **Statine** (à forte dose en cas de SCA) - **β-bloquant** : systématique en post-infarctus - **IEC** : systématique en post-infarctus
	Traitement médical selon le contexte	- **Anticoagulant oraux** si FA, thrombus du VG - **Furosémide** (Lasilix®) : si signes congestifs - **Eplérénone** : si insuffisance cardiaque post-infarctus (FEVG < 40% ou signes cliniques) - **IPP** pendant la bithérapie puis si ATCD ulcère ou hémorragie digestive - **ARA2** si intolérance aux IEC
	Pose d'un DAI	- La survenue d'une TV ou d'une FV à la phase aiguë d'un SCA n'est pas une indication de DAI - Indication de **DAI en prévention primaire** : FEVG < 35% à **6 semaines** après l'IDM
	Mesures associées	**- Contrôle des FDR CV** : arrêt du tabac, contrôle du surpoids, équilibre du diabète, contrôle de l'HTA, RHD **- Réadaptation cardiovasculaire** avant reprise de l'activité physique - Diminuer le stress, traiter une dépression, soutien social, éducation du patient - Contre-indication à la conduite automobile pendant 1 mois - Favoriser le retour au travail (**arrêt de travail** minimal de 1 mois), adapter le poste si besoin - Prise en charge à 100% (ALD)